

Engager dans les soins des personnes souffrant de schizophrénie par un suivi intensif dans le milieu (SIM)¹

Stéphane Morandi, Charles Bonsack

Policlinique du Département de psychiatrie du CHUV, Lausanne, Switzerland

Funding / potential competing interests: No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

«... je veux que mes amis soient mes amis, et non pas mes maîtres; qu'ils me conseillent sans prétendre me gouverner; qu'ils aient toutes sortes de droits sur mon cœur, aucun sur ma liberté.» Jean-Jacques Rousseau, *Œuvres complètes, Correspondance. Lettre CXXXI, A Madame d'Epiney, 1757.*

Summary

Engagement in the care of a person suffering from schizophrenia determines his/her treatment compliance and as a result the development of the disease and his/her quality of life. This article illustrates the various factors identified by international literature which hinder engagement in care for this type of disorder. A clinical example describes how assertive community treatment can overcome some of these barriers and assist the patient in achieving independent management of his/her own health.

Engagement in the care of a person suffering from schizophrenia determines treatment compliance and in turn disease outcome and quality of life. This article reviews the international literature on factors known to hinder care engagement for this type of disorder. A clinical example illustrates how assertive outreach can overcome some of these barriers to assist the patient in achieving health self-management.

Key words: schizophrenia; engagement; compliance; assertive outreach; cognitive therapy

majorité des hospitalisations en milieu psychiatrique et participe donc à une augmentation non négligeable des coûts de la santé. Sans traitement, le taux de rechute à un an après un premier épisode psychotique est de 70%, alors que si le patient adhère durablement à un suivi bio-psycho-social, ce taux peut tomber à moins de 20% [1]. Sans intervention particulière pour augmenter la collaboration au traitement, Corrigan et coll. [2] ont montré une noncompliance chez 48% des personnes qui souffrent de schizophrénie au cours de leur première année de traitement. Ce taux atteint 74% lorsque la période d'observation se prolonge sur une deuxième année. Le but de cet article est de décrire les éléments qui jouent un rôle dans l'engagement dans les soins du patient souffrant de schizophrénie, puis, sur la base d'un exemple clinique, d'examiner les moyens de surmonter ces obstacles par un suivi psychiatrique intensif dans le milieu et une collaboration avec les intervenants de première ligne.

Introduction

L'engagement dans les soins des personnes souffrant de schizophrénie présente de nombreux obstacles. Ces derniers peuvent être liés à la personne, à son histoire de vie, au traitement. La disponibilité des services de soins et l'attitude des proches et de la population face aux troubles psychiatriques jouent également un rôle déterminant. Cet engagement débouche sur une collaboration qui va de l'obéissance aux prescriptions du médecin (compliance) à un partenariat actif dans lequel la personne dispose d'une large autonomie pour gérer sa propre santé. Or, l'accès aux soins et le respect des prescriptions médicamenteuses sont deux aspects qui influencent positivement l'évolution de la schizophrénie et permettent d'améliorer les conditions de vie du patient. La noncompliance est également responsable d'une grande

Les éléments clés de la collaboration au traitement dans la schizophrénie

Les symptômes

La symptomatologie des personnes souffrant de schizophrénie représente la première barrière à leur collaboration avec les milieux de soins. Un vécu paranoïde peut altérer la capacité à faire confiance et limiter les contacts avec autrui. La personne qui présente des idées de grandeur éprouvera des difficultés à reconnaître les bénéfices d'une aide extérieure. Les symptômes négatifs tels que l'apragmatisme ou un retrait social influencent négativement la compliance. Enfin, la présence de troubles cognitifs, plus spécifiquement aux niveaux des fonctions exécutives et de la mémoire, ont des répercussions négatives sur l'observance.

Le traitement médicamenteux

La médication détermine également l'engagement dans les soins de patients psychotiques. L'absence d'amélioration de l'état de santé malgré une prise régulière du traitement, les

Correspondance:
Stéphane Morandi, MD
Policlinique du Département de psychiatrie du CHUV
Avenue d'Echallens 9
CH-1004 Lausanne
Switzerland
stephane.morandi@chuv.ch

1 Ce travail a obtenu un prix de la SSPP «meilleur travail écrit» pour l'examen de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie en 2009.

effets secondaires des molécules ou toute manifestation clinique interprétée comme telle par le patient favorisent la non-compliance. Les premiers signes d'amélioration conduisent parfois le patient à penser qu'il est guéri et ce dernier interrompt alors son suivi. Les a priori négatifs de la population générale au sujet des psychotropes, l'avis des proches ou l'expérience thérapeutique de certaines connaissances influencent également le patient dans son observance. La présence de troubles cognitifs ou d'une désorganisation posent problème en cas de prescription complexe.

Le milieu

Dans notre civilisation occidentale, la schizophrénie est l'archétype de la maladie mentale. Elle symbolise la folie. Que ce soit dans les médias, les œuvres littéraires ou cinématographiques qui traitent du sujet, la schizophrénie se trouve très souvent associée à des actes impulsifs, des comportements violents. De plus, le potentiel de guérison des patients est peu connu du public. Les personnes qui souffrent de schizophrénie sont donc volontiers stigmatisées. Sur le plan individuel, le patient se retrouve fréquemment isolé socialement. Par crainte du rejet, de la discrimination, mais parfois aussi, pour éviter d'être confronté à l'incompréhension, à la surstimulation, le patient limite les contacts avec son entourage et avec les milieux de soins. De leur côté, les proches peuvent prendre leurs distances avec le patient par peur de ses comportements, par incompréhension, mais aussi en raison de leur épuisement après s'être massivement investis sans qu'il n'y ait eu d'amélioration notable chez le patient. Or, il a été démontré que les patients qui vivent entourés de leur proches et qui bénéficient de leur soutien fonctionnent mieux et se montrent plus compliants que ceux qui sont isolés [3].

L'histoire de vie

Lecomte et coll. [4] se sont penchés sur les facteurs prédictifs d'une bonne compliance chez les jeunes psychotiques. Leurs résultats mettent en lumière que la notion de violences physiques dans l'enfance représente le plus puissant facteur prédictif d'un non-engagement dans les soins chez les patients observés. Des traumatismes précoces influenceraient le style d'attachement, avec pour conséquences des difficultés à faire confiance, à demander de l'aide ou à maintenir des relations durables.

Dans leur livre sur la thérapie cognitive des troubles psychotiques, Chadwick, Birchwood et Trower [5] abordent le problème de l'engagement du patient psychotique dans la thérapie. Pour les auteurs, ces personnes présentent fréquemment une histoire de relations interpersonnelles pauvres et de rapports stressants avec leur entourage. Pour le patient, le thérapeute peut être considéré comme un nouvel interlocuteur auquel il raconte ses difficultés et qui ne le croira pas. De plus, outre l'anxiété suscitée par l'idée de changer, l'intervention thérapeutique peut être vécue comme une perte de pouvoir face à un individu qui semble comprendre mieux que soi-même ses difficultés et ses besoins.

L'insight

Le terme anglais «insight» n'a pas de véritable traduction française, bien qu'il se rapproche de la notion de conscience morbide. Il peut être défini comme la conscience d'être malade, mais aussi d'éprouver différents symptômes, de la nécessité d'un traitement, des conséquences de la maladie et de l'attribution causale. Son rôle dans l'engagement du patient dans les soins fait débat et les résultats d'études scientifiques sont contradictoires. Tait et coll. (2003–2004) [6, 7] ont avancé l'hypothèse que plus que l'insight, le phénomène de banalisation et de déni («sealing-over» en anglais) jouait un rôle prépondérant dans le faible engagement dans les soins de certains patients souffrant de psychose. Il s'agit d'un processus d'adaptation (coping) que présente le patient pour éviter d'être confronté aux conséquences négatives de la maladie et à la stigmatisation. Tait et coll. ont pu montrer que ce style de rétablissement était associé à la peur d'être rejeté et aux difficultés dans les relations de proximité et de dépendance. Comme mentionné plus haut, ces traits se retrouvent fréquemment chez les patients ayant souffert de négligences ou de traumatisme durant leur enfance. Ces observations prennent un sens particulier lorsqu'on intervient auprès de patients difficiles à engager et nous rendent attentifs au fait qu'une intervention trop proactive ou intensive peut être vécue comme traumatisante et par conséquent conduire à une rupture du lien.

L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est le facteur prédictif le plus important des résultats de nombreux traitements psychothérapeutiques, mais également pharmacologiques [8]. Historiquement, le terme d'alliance apparaît au tout début du XX^e siècle dans les cercles psychanalytiques. Freud met en évidence, dans son texte «Le Début du traitement», l'importance d'établir un rapport favorable, un transfert sûr avant de commencer l'interprétation. Depuis près de 30 ans, l'alliance thérapeutique est le sujet de nombreuses études qui portent sur les psychothérapies. Elle peut être définie comme la relation émotionnelle et collaborative qui se crée entre un thérapeute et un patient au cours d'un processus thérapeutique. La construction de l'alliance thérapeutique est influencée par les caractéristiques du thérapeute, celles du patient et la technique thérapeutique utilisée.

En 1990, Frank et Gunderson [9] publient un article sur le rôle de l'alliance thérapeutique dans le traitement de la schizophrénie (étude de Boston). Ils mettent en évidence qu'une bonne alliance est obtenue avec moins de 50% des patients. Lorsqu'elle a pu être établie, elle est corrélée positivement avec une amélioration de l'engagement dans les soins et de la compliance, un meilleur niveau de fonctionnement global, une réduction des symptômes et ce avec des doses plus faibles de médicaments. Ils mettent également l'accent sur l'importance d'établir une bonne alliance avec le patient dès le début du traitement, car après quelques mois, elle n'évolue plus. Dans une étude longitudinale publiée en 1999, Svensson et Hansson [10] se sont penchés sur l'alliance thérapeutique chez des patients souffrant de

schizophrénie chronique dans le cadre d'une thérapie cognitivo-comportementale institutionnelle. Contrairement à l'étude de Boston susmentionnée, ils observent qu'il est possible d'établir une bonne alliance thérapeutique avec les patients souffrant de schizophrénie. L'avis du thérapeute est influencé positivement par un bon niveau de fonctionnement du patient avant le traitement. En 2006, Couture et coll. [11] ont tenté de définir les caractéristiques du patient qui permettaient de prédire la qualité de l'alliance thérapeutique dans le traitement de la schizophrénie. Les thérapeutes évaluent favorablement l'alliance thérapeutique avec leur patient lorsque ce dernier présente à la base un bon niveau de fonctionnement social. En revanche, les symptômes tels que l'hostilité, le peu de coopération, l'agitation, et les symptômes négatifs de type autistique influencent négativement l'évaluation du thérapeute. Pour les patients, aucun facteur ne semble avoir d'impact sur la relation thérapeutique. L'évaluation de celle-ci par les patients n'est pas corrélée à celle des thérapeutes. Cette divergence de points de vue prend son sens lorsque l'on sait qu'une des raisons principales de rupture de suivi chez les patients souffrant de schizophrénie est le fait qu'ils ne voient pas ce que la thérapie leur apporte.

Le suivi intensif dans le milieu (SIM)

Souvent, les patients les plus gravement malades accumulent les facteurs qui interfèrent avec leur engagement dans les soins. Ils passent alors à côté d'une opportunité d'améliorer leurs conditions de vie. Pour faciliter l'engagement dans les soins des personnes les plus touchées, différents modèles de suivi psychiatrique intensif dans le milieu ont été développés dans de nombreux pays. La désinstitutionnalisation a permis à de nombreux patients de quitter l'asile pour réintégrer la communauté. Cependant, certaines personnes marginalisées ou réfractaires aux soins ont vu leur situation psychosociale se péjorer. Elles n'étaient vues que lors de périodes de crise et leur état nécessitait souvent des traitements sous contrainte. Pour répondre à la demande des patients et à celle de leurs proches, une équipe de psychiatrie mobile, le SIM [12], a été mise en place en 2001 dans la région lausannoise, puis dès 2009 dans les autres régions du canton de Vaud.

Le SIM a pour missions de: 1. offrir aux personnes difficilement accessibles des soins psychiatriques en coopération avec les proches et les intervenants de premier recours, 2. favoriser l'insertion de ces personnes dans la communauté, 3. développer la coopération au traitement, 4. promouvoir les ressources de la personne et celles de ses proches et, 5. pour les hauts utilisateurs, centraliser les demandes, réduire le nombre et la durée des séjours hospitaliers.

Le SIM emprunte au modèle de l'assertive community treatment (ACT) [13] un travail proactif dans la communauté, un nombre de patients par intervenant limité pour offrir une grande disponibilité, un cadre pluridisciplinaire pour un partage des compétences et une bonne connaissance du réseau. L'équipe s'inspire également de l'approche milieu ou approche proactive [14]. En effet, le travail se fait de manière collaborative avec le réseau dont on cherche à

appuyer les compétences et les ressources. Les demandes peuvent être adressées par n'importe qui dans l'entourage d'une personne qui semble présenter des difficultés psychiques.

Cas clinique: Mme PJ

Contexte de la demande

La situation de Mme PJ a été signalée au SIM par une infirmière d'un CMS de Lausanne qui s'occupait de la mère de la patiente. La demande portait sur une évaluation psychiatrique dans l'idée d'une hospitalisation d'office. Mme PJ avait emménagé chez sa mère avec ses trois chiens depuis un an. Elle avait pris possession de la seule chambre de l'appartement obligeant sa mère très âgée à dormir sur le canapé. De plus, elle se montrait hostile envers sa mère, lui reprochant de l'avoir maltraitée lorsqu'elle était enfant. Enfin, elle mettait sa mère en danger en dissimulant ses médicaments. La mère de Mme PJ avait déjà dû être hospitalisée pour un épuisement psychique et physique. En raison de violentes disputes, la police était intervenue à deux reprises et avait conduit Mme PJ aux urgences psychiatriques. A chaque fois, le médecin de garde objectivait des symptômes psychotiques florides, mais l'état de la patiente ne justifiait pas une hospitalisation d'office. Aussi, la patiente retournait au domicile de sa mère avec une médication antipsychotique qu'elle ne prenait jamais et ne se rendait pas aux rendez-vous proposés.

Anamnèse

Mme PJ est la cadette d'une fratrie de deux. Son père décède d'un accident professionnel avant l'accouchement. Par la suite, la mère de la patiente vit avec plusieurs hommes et se remarie deux fois. Elle se montre violente à l'encontre de ses deux enfants et Mme PJ est placée à plusieurs reprises dans des institutions. A l'âge de 25 ans, Mme PJ vit sa première relation sentimentale sérieuse. Après quelques mois, son ami décède. Vers 35 ans, elle se marie, puis divorce après un an en raison de violences conjugales. Peu après, elle donne naissance à un garçon et épouse en secondes noces le père de l'enfant. En raison des troubles psychiques de la patiente, on lui retirera la garde de son fils, pour la confier à sa belle-famille, qui vit à l'étranger. Quelques mois avant le début du suivi, elle revoit son fils pour la première fois depuis 11 ans.

Sur le plan socio-professionnel, elle est reconnue invalide en raison de troubles psychiques depuis l'âge de 30 ans.

Mme PJ vit chez sa mère depuis l'expulsion de son appartement en raison de conflits récurrents avec le voisinage et la gérance de l'immeuble. Elle est persuadée d'être victime d'un complot orchestré par la régie immobilière qui s'occupait de son logement. En outre, elle présente de nombreuses dettes en raison de frais de justice, de loyers et de leasing non payés. Elle refuse de verser l'argent qu'on lui demande, car considère que ses créanciers sont de connivence avec les personnes qui complotent contre elle.

Au niveau des antécédents psychiatriques, Mme PJ n'a jamais eu de suivi régulier. Elle a toujours été suivie

de manière ponctuelle par des services d'urgence. A plusieurs reprises, elle a refusé le traitement antipsychotique ou anxiolytique qui lui a été proposé. Elle n'a jamais été hospitalisée. Sur le plan familial, Mme PJ laisse entendre que des parents proches ont souffert de troubles psychiques et ont été hospitalisés, mais refuse d'en dire plus.

Au moment de notre évaluation, nous avons retenu le diagnostic CIM-10 de schizophrénie paranoïde continue. Le tableau clinique était marqué par une anxiété qui se manifestait par une agitation psychomotrice et une logorrhée. Le discours était désorganisé. La patiente était irritable et se montrait méfiante vis-à-vis de son interlocuteur qu'elle avait tendance à inclure dans le complot dont elle était la cible. Le champ de la pensée était rétréci, les propos centrés sur les préjugés que lui faisaient subir sa mère et les autres personnes qui lui voulaient du mal. On relevait un délire de persécution avec un intense vécu de centralité. Mme PJ est persuadée que les responsables de la régie qui s'occupaient de l'immeuble dont elle a été expulsée complotent contre elle et ont des relais dans les plus hautes sphères de divers gouvernements. Elle pense que de nombreux articles de journaux, reportages radiodiffusés ou émissions de TV ont été réalisés à son attention, afin de lui transmettre des messages en lien avec son histoire de vie. Le but de ses persécuteurs est de la faire craquer psychiquement. Ils démontreront par là qu'elle est folle et que ses doléances par rapport aux défauts de son ancien appartement n'étaient que des élucubrations de malade psychiatrique. En outre, Mme PJ exprimait un sentiment de tristesse, d'échec en lien avec son histoire de vie. Elle présentait un profond désespoir, une anhédonie, une asthénie et d'importants troubles du sommeil de type difficultés d'endormissement. On ne relevait pas d'idéation suicidaire.

Intervention

La première étape a consisté à établir un contact avec Mme PJ en présence du demandeur, l'infirmière du CMS intervenant pour sa mère. L'évaluation initiale excluant tout danger imminent, une hospitalisation d'office n'était pas envisageable, bien qu'elle présentât de nombreux symptômes psychotiques. La demande partant de l'intention de protéger la mère de la patiente, le réseau de celle-ci a en outre signalé la situation à la justice de paix.

Ces conditions de base établies, nous avons donc pu aborder plus en détails deux demandes pour lesquelles il lui semblait que nous pourrions lui apporter notre aide. La première était de trouver un logement et la seconde d'éviter une hospitalisation, ce qui aurait été pour elle la victoire des membres du complot dont elle se sentait la cible. Nous avons accepté de l'aider dans ses objectifs, tout en précisant qu'une hospitalisation serait envisagée si, par ses comportements, elle venait à mettre en danger sa propre vie ou celle d'autrui. De plus, nous ne pouvions pas lui garantir de trouver un logement rapidement. Bien qu'ambivalente, Mme PJ finit par accepter des rencontres hebdomadaires, en alternance avec l'infirmière du SIM pour résoudre les difficultés pratiques et avec le psychiatre pour une «psychothérapie mobile» sur ses souffrances, ses croyances et la gestion de ses émotions.

Evolution

Après deux ans et demi de suivi, l'évolution de la patiente est satisfaisante. Le début de la prise en charge fut émaillé de nombreux rendez-vous manqués. Mme PJ présentait d'importantes difficultés à nous faire confiance. A plusieurs reprises, elle exprima le souhait d'interrompre le suivi. Cependant, les interventions proactives nous permirent de la garder dans un processus de soins. Le suivi est actuellement nettement plus régulier. Dans un premier temps, l'approche cognitive proposée par Chadwick a permis de travailler sur les émotions de la patiente et sur ses croyances sans devoir confronter directement ses idées délirantes. L'apprentissage de stratégies comportementales a également permis de limiter le nombre de débordements à l'égard de la mère. Le niveau d'anxiété a progressivement diminué et les troubles du cours de la pensée étaient moins marqués. Après cette première phase qui a duré plus de six mois, nous avons alors pu aborder avec Mme PJ la question de la maladie et les hypothèses faites autour de son fonctionnement psychique. La patiente a fini par accepter de prendre un traitement antipsychotique qui a permis de réduire le niveau d'anxiété et d'atténuer la symptomatologie psychotique. Enfin, accompagnée dans ses démarches par l'infirmière du SIM et soutenue dans son projet par la tutrice, Mme PJ a retrouvé un logement indépendant.

Discussion

Le cas clinique de Mme PJ illustre la problématique de personnes souffrant de schizophrénie difficiles à engager dans les soins. Les idées délirantes de la patiente l'amènent à se méfier de chaque personne qu'elle rencontre. Selon son interprétation, ses persécuteurs sont prêts à tout pour la faire passer pour folle et elle ne peut exclure que les soignants qui la prennent en charge soient impliqués dans le complot. Initialement, elle refusait aussi toute médication qui pourrait induire une sédation et réduire sa vigilance. Les négligences et maltraitements subies par la patiente l'ont conduite à développer un style d'attachement peu sûr qui la pousse à éviter les relations de proximité ou de dépendance vécues comme trop menaçantes. Mme PJ éprouve le sentiment d'avoir été rejetée et non-comprise par les soignants précédemment rencontrés. Elle appréhende de s'engager dans une nouvelle relation thérapeutique. De plus, elle perçoit toute éventualité de changement comme une menace. Le délire, teinté de mégalomanie, prend la forme d'un complot international dont la patiente est la cible. Il implique de multiples personnalités connues. Cette interprétation des événements contraste de manière frappante avec une vie marquée par l'absence de réseau social et le peu d'intérêt que lui manifeste son entourage. De plus, le fait de placer systématiquement hors d'elle la responsabilité de ses propres échecs la protège de l'idée qu'elle n'est pas capable. Enfin, Mme PJ redoute un suivi psychiatrique qui la ferait passer pour «folle». Elle craint alors de perdre toute crédibilité dans les conflits qui l'opposent à son entourage. Ces stratégies lui permettent de lutter contre un effondrement dépressif.

Les avantages de l'intervention SIM

Dans une étude qualitative de 2005, Priebe et coll. [15] se sont intéressés aux processus qui permettent à des patients jusque-là réfractaires aux soins de s'engager dans un suivi intensif dans le milieu. Pour les sujets interrogés, leur implication dans les décisions thérapeutiques, la disponibilité des soignants, le fait d'être appréhendé comme personne à part entière et pas uniquement comme patient et l'aide pratique apportée par les soignants sont autant d'éléments qui favorisent l'adhésion au traitement. Dans la situation clinique présentée, le SIM comme alternative à l'hospitalisation a permis de répondre au souhait de la patiente de ne pas être internée, malgré une décompensation psychotique franche et l'absence de traitement médicamenteux. Le soutien à apporter à l'entourage des personnes souffrant de troubles mentaux apparaît aussi essentiel, afin de développer le réseau le plus favorable au rétablissement du malade, tout en tenant compte des limites de chacun. Comme dans la situation décrite, il s'agit de collaborer étroitement avec les proches et intervenants de première ligne tels que les généralistes ou les infirmières à domicile et de fixer avec eux un cadre d'intervention qui favorise le rétablissement. Pour sécuriser l'intervention, il peut être parfois aussi nécessaire de recourir à un cadre légal: dans la situation de Mme PJ, l'instauration d'une mesure tutélaire a eu pour conséquence, outre le fait d'apporter une aide dans la gestion des affaires courantes, de réduire les tensions au sein du couple mère-fille et d'offrir la perspective d'un dénouement dans une situation qui semblait inextricable.

Le SIM offre donc aux soignants la possibilité de se rendre au domicile de patients qui craignent de sortir de chez eux ou qui n'en ont pas la motivation. La personne suivie évite également les milieux de soins au caractère stigmatisant. Le SIM représente une possibilité de suivi psychiatrique qui se distingue d'expériences antérieures parfois traumatisantes. Le nombre limité de cas suivis par intervenant permet d'adapter la prise en charge en fonction des besoins du patient. Le travail dans la communauté implique une bonne connaissance des partenaires du réseau et une étroite collaboration avec ces derniers. L'activité de soutien auprès des proches renforce leurs ressources. Les rencontres dans un milieu où le patient se sent en sécurité, une approche holistique de la problématique de la personne qui ne se focalise pas uniquement sur les symptômes ou le traitement médicamenteux et les propositions d'aides concrètes favorisent le développement d'une relation thérapeutique chaleureuse et basée sur la confiance.

Depuis les années 60, l'impact des interventions intensives dans le milieu sur l'évolution des patients souffrant de graves troubles mentaux a été le sujet de nombreuses publications scientifiques.

La littérature scientifique internationale rapporte des résultats probants pour le modèle «assertive community treatment» (ACT), mais reste controversée pour d'autres interventions psychiatriques à domicile. Une revue systématique Cochrane [16] a montré que l'ACT était supérieur à d'autres suivis ambulatoires pour les personnes gravement malades. Celles-ci restaient plus en contacts avec les services de soins, le temps passé à l'hôpital était diminué et leur évo-

lution était plus favorable sur le plan du logement, de l'emploi et de leur satisfaction par rapport aux soins. En termes économiques, l'ACT n'était avantageux que chez les patients «haut-utilisateurs» de soins. Localement [17], nous avons également montré que les interventions profitent aux patients dans le sens d'une amélioration de la symptomatologie, d'une réduction des difficultés sociales, d'une meilleure collaboration, d'une motivation au traitement accrue et d'un meilleur soutien du réseau. Pour les patients «haut-utilisateurs» de soins, la durée et le nombre des hospitalisations diminuent. En revanche, le SIM peut aussi amener certains patients marginalisés et encore non suivis à la nécessité d'une hospitalisation.

Les difficultés liées à l'intervention SIM

Le travail du SIM remet en question les pratiques psychiatriques habituelles. L'absence du cadre sécurisant offert par la consultation ambulatoire «intra muros», les modifications incessantes de l'agenda consécutives aux multiples rendez-vous manqués et aux besoins changeant des patients et la mission particulière de chercher à engager dans les soins des patients souvent peu disposés sont des facteurs déstabilisants pour le thérapeute. Une des premières difficultés rencontrée est la volonté de concilier deux objectifs qui apparaissent comme antagonistes, à savoir offrir au patient une vie où prévalent son autodétermination et l'exploitation de ses ressources tout en cherchant à l'engager dans les soins même lorsqu'il n'en exprime pas le désir ou s'y oppose. Dans la grande majorité des cas, la demande émane des proches. Elle est souvent d'abord discutée en l'absence du patient. Si le patient accepte de s'engager dans les soins, il est parfois difficile d'établir quelles sont ses motivations. En effet, le fait de lui proposer, outre des soins médicaux, des aides concrètes, permet certes de renforcer le lien thérapeutique, mais peut également conduire l'individu à accepter le suivi uniquement pour des bénéfices indirects tels qu'une aide pour la recherche d'un logement ou d'une source de revenu. Un second problème est de ne pas perdre de vue qui l'on cherche à aider. Souvent, la demande émerge au moment où l'entourage est épuisé ou dépassé par les troubles du patient désigné. Il peut devenir difficile de concilier les deux objectifs qui sont de soigner le patient en veillant à préserver ses intérêts et de se montrer soutenant auprès du réseau. Troisièmement, l'absence d'un cadre thérapeutique clairement délimité peut également compliquer le travail du soignant: l'intervention proactive dans le milieu de vie du patient peut être vécue comme une effraction, potentielle source d'angoisse. De plus, beaucoup de personnes présentant un trouble mental grave ont connu des traumatismes et il convient d'éviter que l'intervention soit vécue comme une nouvelle menace ou une agression. L'implication du thérapeute dans la résolution de problèmes divers contribue à rendre son rôle flou et peut attiser l'anxiété du patient. Du côté des thérapeutes, l'engagement intensif au côté du patient, l'accompagner dans son environnement et le partage de ses difficultés quotidiennes sans le recul offert par la pratique en cabinet ou en consultation peut contribuer à altérer l'objectivité. De plus, l'intervenant du SIM entre

souvent dans les situations au moment où les autres possibilités de prise en charge sont épuisées. Le soignant peut être tenté d'outrepasser le cadre de l'intervention qu'il s'était fixé pour ne pas laisser la personne à l'abandon. Pour terminer, la transmission du patient à un autre service de soins s'avère parfois problématique. Après une intervention intensive dans des situations difficiles, il peut être frustrant pour le soignant de devoir confier son patient à d'autres intervenants au moment où son état de santé s'améliore. De son côté, le patient qui s'est investi dans une relation thérapeutique et qui bénéficie des avantages offerts par le SIM tels que la disponibilité et la mobilité des intervenants ou leur aide dans des tâches annexes aux soins rechigne parfois à être pris en charge par des soignants qui ne pourront pas lui offrir ce type de services.

Conclusion

L'intervention présente donc des limitations liées à son cadre et pose des questions d'ordre éthiques [18]. Elle présente toutefois l'avantage de faciliter l'engagement dans les soins de personnes souffrant de graves troubles mentaux, tels que la schizophrénie, et qui sont réfractaires ou n'ont pas accès à d'autres types d'approche. Les intervenants du SIM cherchent à redonner confiance et espoir au patient, à lui permettre de renouer ou de créer des liens avec un réseau social, mais aussi à mettre en lumière ses propres ressources et à l'aider à retrouver un sens à sa vie, que les symptômes de la maladie persistent ou non. Le travail réalisé n'est souvent que la première étape d'un long processus thérapeutique qui permettra au patient de vivre une vie au plus proche de ses aspirations. Favoriser les liens entre le patient et les milieux de soins n'est pas le seul objectif du SIM. En travaillant dans la communauté, les intervenants cherchent aussi à promouvoir le développement de contacts entre le malade et ses proches, entre les milieux de soins psychiatriques et la population générale. En effet, les barrières de l'accès aux soins chez les personnes souffrant de psychose sont non seulement à chercher chez l'individu malade, mais aussi chez ceux qui l'entourent: proches ou soignants, ainsi que dans une société où la maladie est encore fortement

stigmatisée. La prise en charge des patients souffrant de graves troubles mentaux, comme leur rétablissement, est donc l'affaire de tous.

Références

- 1 Perkins DO. Predictors of Noncompliance in Patients with Schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(12):1121–8.
- 2 Corrigan P, Liberman RP, Engel JD. From Noncompliance to collaboration in the Treatment of Schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*. 1990;41:1203–11.
- 3 Blackwell B. *Treatment Compliance and the Therapeutic Alliance*. Harwood Academic Publishers. 1997;171–80.
- 4 Lecomte T, Spidel A, Leclerc C, MacEwan GW, Greaves C, Bental RP. Predictors and profiles of treatment non-adherence and engagement in services problems in early psychosis. *Schizophrenia Research*. 2008;102:295–302.
- 5 Chadwick P, Birchwood M, Trower P. *Thérapie cognitive des troubles psychotiques*. Décarie éditeur. 2003;65–72.
- 6 Tait L, Birchwood M, Trower P. Predicting engagement with services for psychosis: insight, symptoms and recovery style. *Br J Psychiatry*. 2003;182:123–8.
- 7 Tait L, Birchwood M, Trower P. Adapting to the challenge of psychosis: personal resilience and the use of sealing-over (avoidant) coping. *Br J Psychiatry*. 2004;185:410–5.
- 8 Despland JN, de Roten Y, Martinez E, Plancherel AC, Solai S. L'alliance thérapeutique: un concept empirique. *Rev Méd Suisse*. 2000;58(2315):1877–80.
- 9 Frank AF, Gundersen JG. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47:228–36.
- 10 Svensson B, Hansson L. Therapeutic alliance in cognitive therapy for schizophrenic and other long-term mentally ill patients: development and relationship to outcome in an in-patient treatment programme. *Acta Psychiatr Scand*. 1999;99:281–7.
- 11 Couture SM, Roberts DL, Penn DL, Cather C, Otto MW, Goff D. Do Baseline Client Characteristics Predicts the Therapeutic Alliance in the Treatment of Schizophrenia? *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2006;194:10–4.
- 12 Bonsack C, Haefliger T, Cordier S, Conus P. Accès aux soins et maintien dans la communauté des personnes difficiles à engager dans un traitement psychiatrique. *Revue médicale de la Suisse Romande*. 2004;124:225–9.
- 13 Burns T, Fim M. *Assertive Outreach in Mental Health, a manual for practitioners*. Ed. Oxford 2002.
- 14 Guay J. L'approche proactive: rapprocher nos services des citoyens. *Nouvelles pratiques sociales*. 1996;9(2):33–48.
- 15 Priebe S, Watts J, Chase M, Matanov A. Processes of disengagement and engagement in assertive outreach patients: qualitative study. *Br J Psychiatry*. 2005;187:438–43.
- 16 Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;2:CD001089.
- 17 Bonsack C, Adam L, Haefliger T, Besson J, Conus P. Difficult-to-Engage Patients: A Specific Target for Time-Limited Assertive Outreach in a Swiss Setting. *Can J Psychiatry*. 2005;50:41–6.
- 18 Stovall J. Is Assertive Community Treatment Ethical Care? *Harvard Rev Psychiatry*. 2001;9:139–43.